

AIDS in Lateinamerika und der Karibik: Überblick über eine regionale Herausforderung

Minkner-Bünjer, Mechthild

Veröffentlichungsversion / Published Version
Arbeitspapier / working paper

Zur Verfügung gestellt in Kooperation mit / provided in cooperation with:
GIGA German Institute of Global and Area Studies

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Minkner-Bünjer, M. (2001). *AIDS in Lateinamerika und der Karibik: Überblick über eine regionale Herausforderung*. (Brennpunkt Lateinamerika, 13). Hamburg: Institut für Iberoamerika-Kunde. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-443439>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer CC BY-NC Lizenz (Namensnennung-Nicht-kommerziell) zur Verfügung gestellt. Nähere Auskünfte zu den CC-Lizenzen finden Sie hier: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.de>

Terms of use:

This document is made available under a CC BY-NC Licence (Attribution-NonCommercial). For more Information see: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0>



BRENNPUNKT LATEINAMERIKA

POLITIK · WIRTSCHAFT · GESELLSCHAFT

INSTITUT FÜR IBEROAMERIKA-KUNDE HAMBURG

Nummer 13

17. Juli 2001

ISSN 1437-6148

AIDS in Lateinamerika und der Karibik: Überblick über eine regionale Herausforderung

Mechthild Minkner-Bünjer

Vom 25. bis 27. Juni fand in New York die XXVI. außerordentliche Vollversammlung der Vereinten Nationen statt. Ziel war außer dem weltweiten Informationsaustausch für die – seit der Entdeckung des HIV 1981 – zu einer Megaherausforderung angewachsene AIDS-Epidemie finanzielle Unterstützung zu Gunsten der armen und am meisten betroffenen Länder zu mobilisieren. Im Mittelpunkt stand die HIV/AIDS-Situation in Afrika südlich der Sahara. Dort lebten nach Berechnungen von UNAIDS/WHO Ende 2000 rund 70% (25,3 Millionen) aller weltweit (36,1 Millionen) HIV (Human Immunodeficiency Virus) positiven und an AIDS (Acquired Immunodeficiency Syndrome) erkrankten Personen und rund 3,8 Millionen von insgesamt 5,3 Millionen Personen, die sich im Laufe des Jahres neu infiziert hatten. Rund 95% der an AIDS Erkrankten können eine Therapie zur Lebensverlängerung nicht bezahlen. Arme Staaten sind nicht in der Lage, Prävention und Behandlung für die HIV/AIDS-Opfer ohne Unterstützung von außen zu finanzieren. Wie stellt sich die HIV/AIDS-Situation in Lateinamerika und der Karibik dar? Welche Unterschiede lassen sich anhand der vorliegenden Daten in den Subregionen und den einzelnen Ländern aufzeigen? Welche Risikogruppen und Übertragungswege dominieren? Welche Gründe sind dafür verantwortlich, dass die Seuche mit rund 1,4 Millionen Infizierten Ende 2000 kontrollierbar scheint? Spielt – neben soziokulturellen Faktoren und Verhaltensmustern – das im Vergleich zu den afrikanischen Ländern durchschnittlich höhere Einkommens- und Ausbildungsniveau eine Rolle? Hat HIV/AIDS im Zusammenhang mit Drogen, Prostitution und Homosexualität als „unerwünschte Nachricht“ ausreichend Öffentlichkeit? Welches sind die vordringlichsten Maßnahmen, um die Ausbreitung im neuen Jahrtausend unter Kontrolle halten zu können?

HIV/AIDS beginnt sich als multidisziplinär zu behandelndes Problem bei den in Lateinamerika und der Karibik damit befassten Institutionen erst allmählich zu etablieren. Die Untersuchung der medizinisch-biologischen, der soziokulturellen, wirtschaftlichen und politischen Dimensionen in ihrem komplexen Ursache-Wirkung-Zusammenhang auf individueller und gesellschaftlicher Ebene dürfte in der nächsten Dekade auch die Entwicklungsforschung und Entwicklungskooperation stärker als bisher beschäftigen. Die Verbindung zu den Problemen für eine nachhaltige Ent-

wicklung, besonders der kleinen armen Länder, zu Migration, regionalen Konflikten, Jugend und Zukunftssicherung der kommenden Generationen ist wichtig.

Die Informationen über HIV/AIDS beruhen auch im Fall von Lateinamerika und der Karibik auf Meldungen, Registrierung von Todesursachen, Fallstudien und Erhebungen sowie den darauf aufbauenden Schätzungen und Interpretationen. Das statistische Material ist fehlerhaft; die Kenntnisse über das Verhalten der Risikogruppen sind relativ gering. Die Dunkelziffer über HIV/

AIDS ist hoch. Die Angaben der nationalen und internationalen Organisationen über Verlauf und Stand der Immunschwäche haben vorläufigen Charakter.

In der letzten Dekade hat die Mehrzahl der Länder die Überwachung und die Erhebungen intensiviert. Die Erkenntnisse über das Sexualverhalten und die Ausbreitung der Epidemie, über die Verbreitung von HIV/AIDS in unterschiedlichen Risikogruppen und über die Wirkung verbesserter Behandlungsmethoden wurden verfeinert. Alle diese Fortschritte – zusammen mit methodologischen Neuerungen – sind Grundlage für eine laufende Korrektur der Schätzungen. Die aktualisierten Angaben lassen sich nicht direkt mit denen früherer Jahre vergleichen. Veränderungen in der Dynamik der Epidemie und Unterschiede zwischen den Ländern können nur überblicksartig dargestellt werden.

Heterogene HIV/AIDS-Situation

Im weltweiten Vergleich ist die Situation der Epidemie in Lateinamerika – soweit aus dem vorhandenen Material zu schließen – bisher in einem

beherrschbaren Stadium. Die durchschnittliche Prävalenzrate (Anteil der Erwachsenen zwischen 15 und 49 Jahren mit HIV/AIDS in % dieser Altersgruppe) betrug Ende 1999 rund 0,57%. Die Karibik wies mit 1,96% eine mehr als dreimal so hohe Rate auf. Diese Subregion steht nach Afrika südlich der Sahara an zweiter Stelle in der Verbreitung der Epidemie (s. **Tabelle 1**). Ende 1999 lebten nach Schätzungen von UNAIDS/WHO in Lateinamerika und der Karibik etwa 8% der Weltbevölkerung und 4,9% aller Menschen mit HIV/AIDS; in Afrika südlich der Sahara war die Relation 10% der Weltbevölkerung zu fast 70% aller Menschen mit HIV/AIDS. Trotzdem sind die vorliegenden Schätzungen für Lateinamerika und die Karibik in ihrem speziellen Kontext Besorgnis erregend. Seit Beginn der 80er Jahre sind rund 557.000 Menschen an der Immunschwäche gestorben. Im Jahr 2000 war die Zahl der Neuinfektionen (210.000) mehr als zweimal so hoch wie die der AIDS-Toten (82.000). Jeden Tag stecken sich etwa 600 Personen neu an, davon rund 160 Menschen in den Kleinststaaten der Karibik.

Tabelle 1:
HIV/AIDS-Profil Lateinamerikas und der Karibik sowie
Afrikas südlich der Sahara Ende 1999

	Lateinamerika	Karibik	Afrika südlich der Sahara
Ausbruch der Epidemie	Ende 70er bis Anfang 80er Jahre	Ende 70er bis Anfang 80er Jahre	Ende der 70er bis Anfang der 80er Jahre
Erwachsene/Kinder mit HIV/AIDS	1,3 Millionen	360.000	23,3 Millionen
Neuinfizierte Erwachsene/Kinder	150.000	57.000	3,8 Millionen
Prävalenzrate Erwachsene	0,57%	1,96%	8,0%
HIV-positive weibliche Erwachsene	20%	35%	55%
Dominante Übertragungsweise bei Erwachsenen mit HIV/AIDS	MSM, IDU*, heterosexuelle Übertragung	heterosexuelle Übertragung, MSM	heterosexuelle Übertragung

*MSM: *Sexual transmission among men who have sex with men*; IDU: *Transmission through injecting drug use*.

Quelle: UNAIDS/WHO/PAHO/MAP November 2000.

Die HIV/AIDS-Situation ist in Lateinamerika und der Karibik sowohl in den Ländern selbst (räumlich und nach Gruppen) als auch im Vergleich der Länder und Subregionen untereinander sehr heterogen. Die Heterogenität ist einerseits eine Folge der Art und des Verhaltens der Risikogruppen und der besonders verwundbaren Subpopulationen sowie der Prävention und Bekämpfung der Epidemie. Andererseits spielen Bevölkerungszahl und Alterspyramide, naturgeo-

graphische und klimatische Gegebenheiten, ethnische und soziokulturelle Faktoren, Mobilität und Migration, anhaltende kriegsähnliche Konflikte und nicht zuletzt der Bildungs- und Entwicklungsstand für die Differenzierung der Länder und Regionen untereinander eine wichtige Rolle. Der Epidemie liegt ein komplexes Mosaik von Übertragungsmustern zugrunde. Bisher dominiert HIV/AIDS in städtischen Gebieten und bei Männern; die „Feminisierung“ der Seuche

schreitet aber fort. Die Verbreitung geschieht vorwiegend über Sexualkontakte zwischen Männern, zwischen Männern und Frauen sowie durch intravenösen Drogenkonsum.

Die Weltbank teilte Mitte der 90er Jahre die Länder (mit mehr als einer Million Bevölkerung) entsprechend dem Ausbreitungsgrad der Epidemie in drei Gruppen (s. **Tabelle 2**) ein. Die Mehrzahl der Länder Lateinamerikas (14) sowie die Dominikanische Republik und Trinidad & Tobago sind *concentrated epidemic*, d.h. sie haben eine >5% Prävalenzrate in allen Gruppen mit hohem Verhaltensrisiko und eine <5% Prävalenzrate in Bevölkerungsteilen mit geringem Risiko. Die Epidemie breitet sich von den Gruppen mit hohem Risiko entweder auf die Gruppen mit geringerem Risiko oder direkt auf die restliche Bevölkerung aus. Ein hohes Infektionsrisiko haben

vor allem Prostituierte, Strichjungen und ihre Klientel, Personen mit infektiösen und durch Sex übertragbaren Krankheiten sowie Drogensüchtige. In fünf Ländern Lateinamerikas und der Karibik ist die Epidemie im Stadium des Ausbruchs (*nascent epidemic*), d.h. die Prävalenzrate ist <5% in den Gruppen mit hohem Risiko. Präventionsprogramme sollten direkt und massiv bei ihnen ansetzen. Als *generalized epidemic* gelten bisher nur Haiti und Guyana; die Epidemie hat dort eine Verbreitung ähnlich der Länder südlich der Sahara erreicht. Die Prävalenzrate ist >5% in allen Bevölkerungsgruppen, auch denen, die normalerweise keinem besonderen Ansteckungsrisiko unterliegen. Repräsentative Studien und eine gesundheitliche Überwachung der gesamten Bevölkerung sind erforderlich.

Tabelle 2:
Länder Lateinamerikas und der Karibik gemäß HIV/AIDS-Situation mit ausgewählten Wirtschafts- und Bevölkerungsdaten (1985–1995)

		Wirtschaftswachstum			Urbanisierung			
Land	Bevölkerung Mitte 1995 (in Mio.)	Bruttoinlands- produkt pro Kopf 1995 (in US\$)	Bruttoin- landspro- dukt p/Kopf (durch- schnittl. Wachs- tum in % 1985–95)	GINI Index (Mitte der 80 er Jahre)	Städtische Bevölkerung 1995 (in %)	Städtisches Wachstum pro Jahr (durch- schnittlich 1990–95 in %)	Verhältnis männl. zu weibl. Bevölke- rung in städti- schen Gebieten 1990	Im Aus- land ge- borene Personen 1990 (% der Bevölke- rung)
HIV/AIDS im Frühstadium* (nascent epidemic)								
Chile	14,2	4.160	6,1	0,52	86	1,9	0,96	0,8
Costa Rica	3,4	2.160	2,8	0,46	50	3,3	0,91	5,9
Ekuador*	11,5	1.390	0,8	0,43	58	3,6	0,97	0,8
Kuba	11,0	k.A.	k.A.	k.A.	76	1,5	0,97	0,6
Nikaragua*	4,4	380	–5,4	0,50	62	4,1	0,71	2,1
HIV/AIDS in Gruppen mit hohem Risiko konzentriert (concentrated epidemic)								
Argentinien	34,7	8.030	1,8	k.A.	88	1,7	0,99	5,1
Brasilien	159,2	3.640	–0,8	k.A.	78	2,5	0,97	0,7
Dom. Republik	7,8	1.460	2,1	0,47	65	3,4	0,97	2,5
El Salvador	5,6	1.610	2,8	0,48	45	2,7	0,81	1,0
Guatemala	11,0	1.340	0,3	0,56	42	4,0	0,94	0,5
Honduras	5,9	600	0,1	0,54	48	4,9	0,90	0,7
Jamaika	2,5	1.510	3,6	0,43	55	2,1	0,89	0,8
Kolumbien	36,8	1.910	2,6	0,52	73	2,6	0,91	0,3
Mexiko	91,8	3.320	0,1	0,54	75	2,7	0,97	0,4
Paraguay	4,8	1.690	1,2	k.A.	54	4,4	0,96	4,3
Peru	23,8	2.310	–1,6	0,48	72	2,7	1,02	0,3
Trinidad&Tobago	1,3	3.770	–1,7	0,46	68	1,8	0,95	5,0
Uruguay	3,2	5.170	0,5	0,39	90	0,9	31,3	3,0
Venezuela	21,7	3.020	k.A.	0,44	93	2,9	1,01	5,3
HIV/AIDS allgemein verbreitet (generalized epidemic)								
Haiti	7,2	250	–5,2	k.A.	32	3,9	0,66	0,3
Guyana	0,8	590	k.A.	0,48	k.A.	k.A.	0,92	0,4
Stand der HIV/AIDS Epidemie nicht bekannt (unknown stage of epidemic)								
Bolivien	7,4	800	1,8	0,42	58	3,2	0,94	1,0
Panama	2,6	2.750	–0,4	0,52	56	2,7	0,95	2,6

* Es gibt weder neuere noch umfassende Surveydaten sowie praktisch keine Überwachung und Meldung von HIV/AIDS. Das wirft die Frage auf, ob die Einstufung „Frühstadium“ (noch) gerechtfertigt ist.

Quelle: www.worldbank.org/aids

Ministaaten der Karibik mit hoher HIV/AIDS-Prävalenz

Die rund 6 Millionen Menschen der Karibischen Kleinststaaten sind von der Epidemie unterschiedlich stark entsprechend dem Risikoverhalten bzw. der Verwundbarkeit der Gruppen betroffen. Die wirtschaftlichen und sozialen Folgen sind aufgrund der zum Teil sehr geringen Bevölkerungszahl gravierend. Die Kosten für eine umfassende Bekämpfung werden auf rund US\$ 260 Millionen p.a. in den nächsten 5 Jahren geschätzt. Das Bruttoinlandsprodukt der Karibik wird aufgrund der Epidemie in den nächsten 5 bis 10 Jahren um geschätzt 4% zurückgehen. Den vorhandenen Informationen nach ist die Lage besonders problematisch in Haiti und Guyana, gefolgt von der Dominikanischen Republik. In **Haiti**, dem ärmsten Land Lateinamerikas und der Karibik, sind schätzungsweise rund 10% der Erwachsenen in städtischen Gebieten und 4% in ländlichen Gebieten HIV positiv. 1995/96 waren in einigen Teilen Haitis und der Dominikanischen Republik 12 bis 13 % und in Guyana rund 7% der getesteten schwangeren Frauen HIV positiv.

In St. Lucia, den Cayman und den British Virgin Islands ergaben die Tests dagegen weniger als einen HIV positiven Fall pro 500 schwangere Frauen. Alle drei Inseln haben ein relativ höheres Einkommens-, Bildungs- und Entwicklungsniveau; der soziokulturelle *Background* der Bevölkerung ist zum Teil amerikanisch beeinflusst. In Jamaika, Trinidad & Tobago, St. Vincent und den Bahamas ist der Grad der HIV/AIDS-Verbreitung, je nachdem, ob es sich um Gruppen mit hohem oder niedrigem Ansteckungsrisiko handelt, sehr unterschiedlich. Der Anteil HIV positiver Fälle war unter den getesteten Patienten mit durch Geschlechtsverkehr hervorgerufenen Infektionen drei- bis viermal höher als bei schwangeren Frauen. Tendenziell ist die Rate der Neuinfektionen seit Beginn der 90er Jahre bei jungen Erwachsenen, aber auch bei schwangeren Frauen und Blutspendern gestiegen. Die Mehrzahl infiziert sich durch ungeschützten Geschlechtsverkehr mit aus kommerziellen Gründen bedingten Partnerwechseln, z.B. in den Prostitutionsmilieus und den Touristenzentren Georgetown (Guyana), San Fernando (Trinidad), St. James (Jamaika) oder Santo Domingo (Dominikanische Republik). In Guyana z.B. antworteten rund ein Drittel der befragten Prostituierten, dass sie keine Kondome benutzen. Das Virus wird an die Klientel und die regulären Partner und von dort in die Bevölkerung übertragen.

In **Trinidad & Tobago** ist die Infektionskurve nach nationalen Angaben rapide steigend. Der Anteil der HIV positiven Frauen hat sich zwischen 1983 und 1999 bis auf 45% vergrößert; 82% aller als HIV positiv registrierten Frauen war zwischen 15 und 45 Jahren alt, und in der Altersgruppe zwischen 15 und 24 Jahren ist die Infektionsrate bei Frauen höher als bei Männern. Das Risiko, die Epidemie auf Neugeborene sowie in alle Bevölkerungsgruppen zu übertragen, ist sehr groß. Sollte sich HIV/AIDS mit der bisherigen Geschwindigkeit ausbreiten, werden sich bis 2005 das Bruttoinlandsprodukt um rund 4%, die Ersparnisse um rund 10% und die Investitionen um 16% verringern.

Die derzeit zuverlässigsten Informationen hat die **Dominikanische Republik**. Dort werden seit 1991 in regelmäßigen Abständen Prostituierte, Personen mit Geschlechtskrankheiten und Schwangere getestet. Über 2% der Bevölkerung von rund 8 Millionen sind HIV positiv. Unter den schwangeren Frauen waren 1997/98 rund 1,7% HIV positiv, unter den Prostituierten zwischen 5,5% und 10%. Die Regierung hat eine nationale Kommission unter Beteiligung der Zivilgesellschaft einberufen. Die hohe Armutsrate, sexuelle Beziehungen in sehr frühem Alter, niedriges Bildungsniveau und die untergeordnete Stellung der Frau fördern die Ausbreitung. Zu den Risikogruppen gehören auch die Häftlinge und die haitianischen Wanderarbeiter in den Zuckerrohrfeldern. Tourismus und Migration tragen ebenso wie in Haiti zur Verbreitung bei. **Kuba** hat die längste Erfahrung in der Überwachung von AIDS. Seit 1986/87 werden alle Schwangeren, Personen mit Geschlechtskrankheiten und Blutspender getestet. Zwischen Januar und Oktober 2000 waren 0,03% bzw. 0,09% von 30.000 Personen (freiwillige Tests) und 450.000 Personen (Blutspender) HIV positiv. Diese Ergebnisse bestätigen die Einstufung der Epidemie durch die Weltbank (s. **Tabelle 2**) als im Ausbruchsstadium befindlich. Das ausgebaute Vorsorge- und Gesundheitssystem, eine wichtige Errungenschaft der kubanischen Revolution, könnte sich zusammen mit der Isolierung der Bevölkerung in Bezug auf die HIV/AIDS-Situation positiv ausgewirkt haben.

Die Gesundheitsministerin von St. Lucia charakterisierte vor der Vollversammlung der Vereinten Nationen HIV/AIDS nicht nur als ein Megaproblem für die Gesundheitssysteme und ihre Finanzierung, sondern die Kleinststaaten würden in ihrer wirtschaftlichen Entwicklung wieder zurückgeworfen. Prävention und Behandlung von HIV/AIDS sind in der Karibik nach ihren Aussa-

gen trotz großer Anstrengungen sehr mangelhaft. Seit Juli 2000 haben die Karibischen Staaten – neben den nationalen AIDS-Programmen – die gemeinsame Bekämpfung der Epidemie mit Hilfe der UNO und Weltbank im Rahmen der Karibischen Gemeinschaft (CARICOM) politisch angeschoben. Das Partnerschaftsprogramm wurde im Februar 2001 in Barbados offiziell verkündet. Die Weltbank wird sich mit einem Kredit von US\$ 85 Millionen an den Maßnahmen beteiligen.

HIV/AIDS breitet sich in Mexiko weiter aus

Die AIDS-Behörde in Mexiko schätzt, dass dort Ende 1999 bis zu 174.000 Menschen mit HIV/AIDS lebten. Die durchschnittliche Prävalenzrate in der Bevölkerung ist niedrig (0,28%); jedoch ist AIDS die dritthäufigste Todesursache bei Männern zwischen 25 und 44 Jahren. Das Verhältnis von infizierten Männer zu infizierten Frauen ist 6 zu 1. Der häufigste Ansteckungsweg in den städtischen Gebieten sind Sexualkontakte zwischen Männern. Gemäß Untersuchungen (1991/97) unter rund 8.000 Homosexuellen sind 14% dieser Risikogruppe HIV positiv. Gleichzeitiger Drogenkonsum verdreifacht das Risiko einer Ansteckung. Im Nordwesten Mexikos wird HIV/AIDS vor allem durch intravenösen Drogenkonsum übertragen; entlang der Südküste und in den ländlichen Gebiete verbreitet sich die Epidemie vor allem über heterosexuelle Kontakte. Die Prävalenzrate bei weiblichen Prostituierten (getestet wurden 28.000 Frauen in 18 Bundesstaaten) ist mit 0,35% sehr niedrig. Da andere Geschlechtskrankheiten stark verbreitet sind (bis zu 15%), könnte das nur einer relativ HIV/AIDS-„freien“ Klientel und nicht der Verwendung von Kondomen zuzuschreiben sein. Die Prävalenzrate von HIV/AIDS unter schwangeren Frauen (6.300 zwischen 1996 und 1998 getestet) ist mit 0,09% noch niedriger. Mexikos Gesundheitsminister ist der Überzeugung, dass eine Epidemie in der gesamten Bevölkerung mit Hilfe der Zivilgesellschaft und der internationalen Kooperation vermieden werden kann. Das Infektionsrisiko in der perinatalen Phase und durch Bluttransfusion konnte in den vergangenen Jahren um mehr als 50% gesenkt werden. Derzeit werden in Mexiko rund 85% der an AIDS Erkrankten kostenlos mit einer antiretroviralen Therapie behandelt.

HIV/AIDS in Zentralamerika mit zunehmender Tendenz

In Zentralamerika, speziell in Honduras, Belize und Guatemala, ist HIV/AIDS auf dem Vor-

marsch. Die Verbreitung erfolgt überwiegend durch ungeschützte heterosexuelle Kontakte. In **Guatemala** konzentriert sich HIV/AIDS im Prostituiertenmilieu und bei schwangeren Frauen vor allem in der Hauptstadt und den wenigen städtischen Zentren der Küste. Man schätzt, dass rund 50% der AIDS-Fälle nicht gemeldet werden. Derzeitiges Ziel der nationalen Kommission ist, den realen Umfang und die Bedeutung des Problems zu erfassen, um Orientierungshilfe für Prävention und Behandlung sowie für den Kauf von billigeren und besseren Medikamenten geben zu können. **Belizes** Bevölkerung von nur 250.000 Personen, die überwiegend in ländlichen Kommunen leben, ist nach Angaben des Premierministers W. Musa durchschnittlich zu etwa 4% HIV positiv. In Testreihen wurden Prävalenzraten von 4% bzw. 2% unter Prostituierten bzw. Schwangeren festgestellt. Durch die gesellschaftliche Kleinräumigkeit und die hohe durchschnittliche Prävalenzrate sind viele Familien direkt wirtschaftlich und sozial betroffen. Das Stigma und die soziale Isolierung führen vielfach dazu, das Infektionsrisiko und die Epidemie zu verharmlosen. In **Costa Rica** scheint HIV/AIDS weitgehend auf die Risikogruppe der Homosexuellen mit Prävalenzraten bis zu 16% eingegrenzt zu sein: 45% der (gemeldeten) HIV/AIDS-Fälle sind aus dieser Risikogruppe. Die Infektionsraten bei Prostituierten und Schwangeren sind mit <0,5% niedrig. Costa Rica selbst spricht von einer graduellen Ausbreitung des Virus. Die Regierung hat einen neuen Plan für die Periode 2001 bis 2004 mit den Schwerpunkten Prävention, Information und Sexualerziehung für die besonders verwundbaren Gruppen verabschiedet. Die Informationen über **Panama** und **El Salvador** deuten auf eine ähnliche HIV/AIDS-Situation hin. Panama wurde von der Weltbank eingestuft unter „nicht bekanntes Stadium der Epidemie“. Insgesamt ist das Material veraltet und zu gering, um sich ein reales Bild über den Stand der Epidemie in diesen Ländern zu machen. Das gilt auch für **Nikaragua**; die Einstufung durch die Weltbank 1997 mit „Epidemie im „Ausbruchsstadium“ lässt heute gewisse Zweifel aufkommen. Der Gesundheitsminister stellte vor der Vollversammlung der Vereinten Nationen fest, dass sein Land bis vor fünf Jahren von HIV/ AIDS kaum betroffen war. Seitdem ist die Verbreitung tendenziell zunehmend; die Zahl der Infektionen hat sich verdoppelt. Zwischen 2001 und 2005 will die Regierung mit internationaler Unterstützung den ersten Plan zur Bekämpfung von AIDS umsetzen.

Für **Honduras**, das ärmste Land mit hoher Migration, liegt vergleichsweise umfangreiches Material vor. Dieses Land ist mit 50% aller in Zentralamerika gemeldeten AIDS Fälle am meisten betroffen. Die Epidemie konzentriert sich bisher in San Pedro Sula, Tegucigalpa und den Zentren der Küste, wo die Prostitution im Vormarsch ist. AIDS in ländlichen Gebieten steht in der Regel im Zusammenhang mit (saisonaler) Migration. Die Übertragung erfolgt vor allem durch ungeschützten Geschlechtsverkehr zwischen Frauen und Männern: Vier von fünf Infektionen kommen so zustande. Jüngste Untersuchungen und Schätzungen über HIV/AIDS bei Schwangeren erbrachten eine alarmierende Prävalenzrate von 1,4%, bei den 15- bis 19-Jährigen sogar von 1,5%. In San Pedro Sula, dem Epizentrum der Epidemie, fluktuiert die HIV Rate bei schwangeren Frauen sogar zwischen 2 und 5%. Bei den Prostituierten waren 1998 im Durchschnitt in den fünf wichtigsten Städten des Landes 10% infiziert; Kondome wurden überwiegend nicht benutzt.

Die Epidemie wird sich in Honduras in den nächsten Jahren weiter ausbreiten. Dafür sprechen einerseits die Art der Übertragung des Virus, die hohe Rate bei jüngeren und sexuell besonders aktiven Bevölkerungsgruppen sowie bei Schwangeren, die hohe Infektionsrate bei Prostituierten bei gleichzeitig zunehmendem Sexgewerbe, die Mischung von homo- und heterosexuellem Verhalten, der niedrige Stand von effektiver Aufklärung und Prävention und die sehr begrenzten finanziellen Möglichkeiten des Landes. Andererseits fördern die weit verbreitete Armut mit schlechten Wohn- und Hygieneverhältnissen, der niedrige Bildungs- und Ausbildungsstand, die hohe Migration sowie soziokulturelle Faktoren und ein „liberales“ Sexualverhalten die Ausbreitung. Wie stark und wie schnell die Ausbreitung sein wird, ist schwer vorauszusagen. Gesundheitsminister Flores Bermúdez unterstrich in seinem Statement vor der Vollversammlung der Vereinten Nationen, dass sich die Epidemie geringer als zwei Jahre zuvor prognostiziert ausgebreitet habe. Im jüngsten Bericht von MAP/UNAIDS/WHO/PAHO über Lateinamerika und die Karibik (MAP 2000) wird für Honduras festgestellt: „*In some ethnic subgroups, HIV prevalence rates are already far higher than the general population figures would suggest.*“ Ähnliches ist für Belize, Nicaragua, Guatemala oder Panama vorstellbar. Die ethnisch-soziokulturelle Komponente und damit ein anderes Sexualverständnis und Sexualverhalten könnten – zusammen mit dem niedrigen sozioökonomischen Ent-

wicklungsstand – auch hinsichtlich der HIV/AIDS-Situation in der Karibik eine wichtige Rolle spielen. Jüngste Untersuchungen in städtischen Zentren von Guatemala erbrachten, dass unter der indigenen Bevölkerung (rd. 60%) im Hochland die HIV-Raten unter schwangeren Frauen, aber auch unter Prostituierten sehr gering sind. In Puerto Barrios mit einer Bevölkerung vor allem afrikanischen Ursprungs waren 11% der Prostituierten HIV positiv.

HIV/AIDS im Andenraum: eine „verdeckte“ Herausforderung

Die Weltbank stufte Kolumbien, Peru und Venezuela Mitte der 90er Jahre (s. **Tabelle 2**) als *concentrated epidemic*, Ecuador als *nascent epidemic* und Bolivien mit *unknown stage* ein. Im MAP-Bericht 2000 wird festgestellt, dass relativ umfassende Daten für Kolumbien und Peru, aber weit weniger Informationen für Bolivien, Ecuador und Venezuela vorhanden seien.

In **Kolumbien** lebten 1998 schätzungsweise 67.000 Personen mit HIV/AIDS. Bis Ende der 80er Jahre wurde die Epidemie vor allem über die Infizierung von Homosexuellen untereinander verbreitet. Eine Studie unter Studenten dokumentiert, dass 10% der Studenten homosexuelle Beziehungen (gehabt) hatten. 1999 waren unter 630 Homosexuellen rund 18% HIV positiv. Verschiedene Erhebungen unterstreichen, dass als Folge der Präventionskampagnen die Kondomverwendung bei Sex mit wechselnden männlichen Partnern auf mehr als 50% gestiegen ist. Bis Ende der 90er Jahre vollzog sich eine „Feminisierung“ der Epidemie; jedoch ist die Gefährdung durch die traditionelle Risikogruppe nicht wirklich geringer geworden. In den gemeldeten AIDS Fällen veränderte sich das Verhältnis von männlichen zu weiblichen Infizierten von 37:1 (1987) auf 5:1 (1995) und 3:1 (1998). Diese Entwicklung dürfte nur zum kleineren Teil etwas mit mehr HIV/AIDS-Tests bei Frauen und somit einer verbesserten Registrierung zu tun haben. Denn auch Überwachungstests unter Schwangeren und Patientinnen mit Geschlechtskrankheiten (1999) in 11 Städten lassen einen starken Anstieg bei diesen Risikogruppen mit gleichzeitig anderen Übertragungsmustern erkennen. In Kolumbien scheint die Prävalenzrate an den Küsten mit einem dominanten Bevölkerungsanteil afrikanischen Ursprungs höher; der Virus wird vor allem durch ungeschützte heterosexuelle Kontakte übertragen. Die Epidemie breitet sich durch die Mutter/Kind-Übertragung in die nächste Generation aus. Vize-Gesundheitsminister David Bersh

gab in seinem Statement vor der Vollversammlung an, dass sich die AIDS-Fälle in den letzten zwei Jahren verdreifacht hätten und dass über die Inzidenz von HIV/AIDS in besonders verwundbaren Gruppen wenig bekannt sei. Dazu gehörten auch die Gruppen, die in den seit Jahren anhaltenden bewaffneten Konflikt involviert seien.

Die Informationen über **Peru** (HIV/AIDS-Personen: 1999 auf 44.200 geschätzt) lassen keine Schlüsse über die Ausbreitung und die Prävalenzrate von HIV/AIDS bzw. deren Veränderung in den besonders gefährdeten Gruppen zu. Die Infektionsrate ist in Lima und den städtischen Zentren der Provinzen höher als in den ländlichen Gebieten. Homosexualität ist in Peru weit verbreitet. Von rund 1.400 Männern im Alter von 20 Jahren hatten 14% Sex mit männlichen Partnern; zwischen 60% und 80% benutzten keine Kondome. Entsprechend hoch ist die HIV/AIDS-Rate: rund 14% (4.000 Fälle) in Lima und rund 5% (1.400 Fälle) in der Provinz. Prostituierte in Lima (1.600 Tests) waren zu 1,6% HIV positiv, in der Provinz (1.700 Tests) dagegen nur zu 0,6%. Die Übertragung des Virus in die Bevölkerung erfolgt durch homosexuellen wie heterosexuellen Geschlechtsverkehr. Tests an der Küste (Chiclayo) und im Amazonasgebiet (Iquitos) sowie im Hochland (Cuzco) mit überwiegend indigener Bevölkerung, die sich kaum mit der Küsten- oder Urwaldbevölkerung mischt, lassen vermuten, dass die HIV/AIDS-Gefahr und Ausbreitung in den beiden erstgenannten Gebieten größer ist.

In **Bolivien** ist nach nationalen und internationalen Informationen die HIV/AIDS-Epidemie bisher sehr begrenzt aufgetreten. Die Regierung stellte Anfang Dezember 2000 öffentlich fest, dass das Infektionsrisiko in der Bevölkerung aber steigende Tendenz habe, u.a. aufgrund der Zunahme der Rate an (heilbaren) Geschlechtskrankheiten und der „Verjüngung“ der infizierten Personen. Laut einer Umfrage von UNICEF aus dem Jahr 2000 haben Jugendliche in Bolivien geringe Kenntnisse über einen effektiven Schutz beim Geschlechtsverkehr: 33% der Mädchen und 26% der Jungen kannten keine Methode, um sich wirksam gegen AIDS zu schützen. Gemäss Angaben derselben Organisation waren 1.250 Jugendliche zwischen 15 und 24 Jahren HIV positiv. Das sind mehr als doppelt so viele (mögliche) AIDS-Fälle in nur einer Altersgruppe als bei den Behörden mit 522 AIDS-Fällen insgesamt registriert waren. Eine besonders hohe Dunkelziffer vermuten die internationalen Organisationen in der Risiko-Gruppe der Prostituierten. Prostituierte sind in Bolivien verpflichtet, sich registrieren zu lassen und einen Gesundheitspass zu haben.

Sie dürfen nur offiziell arbeiten, wenn sie HIV frei und über 18 Jahre alt sind. Entsprechend groß ist die Zahl der Illegalen; sie wird auf mehr als 20.000 Frauen geschätzt. Entsprechend steigt das HIV/AIDS-Risiko. Das Departement Santa Cruz hat einen Anteil von fast 50% an den registrierten AIDS-Fällen bei gleichzeitig zunehmender Tendenz. Die Personen infizieren sich überwiegend im Lande selbst, auch wenn das angrenzende Brasilien und Argentinien, beides Länder mit vielen (illegalen) bolivianischen Immigranten, als Gefahr angesehen werden muss. Hauptübertragungswege sind der heterosexuelle Verkehr (rund 60%), gefolgt von homosexuellen (20%) und bisexuellen (18%) Kontakten. Weder für die Gruppe der Schwangeren noch für die der Blutspender existieren regelmäßige Erhebungen. Die Gruppen mit hohem Risikoverhalten, wie Prostituierte, Homosexuelle und Drogensüchtige, werden ebenfalls nicht direkt und regelmäßig auf HIV/AIDS überprüft. Das gilt auch für die Angehörigen des Militärs und der Polizei sowie für Universitätsstudenten, die von offizieller Seite ebenfalls als besonders gefährdet eingestuft werden. Auch die Lastwagenfahrer, die vor allem die Wirtschaftsachse La Paz, Cochabamba und Sta. Cruz bedienen, sowie der hohe Prozentsatz an Straßenkindern in La Paz/El Alto und Santa Cruz gehören zu den Risikogruppen.

Ekuador hat seit 1993 keine regelmäßige Überwachung von Risikogruppen auf HIV/AIDS vorgenommen. Zu diesem Zeitpunkt war die Prävalenzrate siebenmal so hoch in der Hafenstadt Guayaquil (3,5%) als in Quito (0,5%). Die Bevölkerung der ethnisch und soziokulturell unterschiedlichen Siedlungsräume Küste und Hochland mischt sich praktisch nicht; das könnte wie eine „natürliche Barriere“ für die HIV/AIDS Übertragung wirken.

Venezuela hat ebenfalls keine systematische HIV-Überwachung, obwohl die HIV/AIDS-Fälle auf bis zu 100.000 geschätzt werden.

Cono Sur: Abschätzung des Epidemierisikos vordringlich

Im Cono Sur existieren ebenfalls kaum Informationen über die Verbreitung von AIDS Ende der 90er Jahre. Die Länder haben bisher retrospektiv über die Auswertung der Todesursachen und die AIDS-Meldungen den Verlauf und die Entwicklung der Epidemie verfolgt. Der Virus wird vor allem durch Homosexuelle und in hohem Maße durch intravenöse Drogenkonsumenten übertragen. Bisher konzentriert sich die Epidemie auf die städtischen Gebiete.

Argentinien ist aufgrund einer rapiden Ausbreitung des Virus über Drogensüchtige und Prostituierte (Prävalenzrate: 6 bis 11%) in andere Gruppen der Bevölkerung am stärksten betroffen. Rund ein Viertel aller AIDS Fälle stand Mitte 1999 im Zusammenhang mit Homosexualität. Unter Schwangeren wurde die Prävalenzrate auf zwischen 1 und 3% geschätzt. Diese Angaben kontrastieren mit den neusten Informationen (MAP 2000): Unter 66.000 schwangeren Frauen wurden im Jahre 2000 nur 0,56% HIV positiv getestet. Es ist zu vermuten, dass die Aufklärungskampagnen in dieser Gruppe Wirkung zeigen. Bei Tests unter Patienten mit ansteckenden Geschlechtskrankheiten – eine Gruppe mit hohem Risiko – wurde im gleichen Jahr eine Prävalenzrate von 3,6% gefunden. Dieser Wert könnte sogar zu niedrig sein, da es sich um einen freiwilligen Test nach einer Beratung handelte.

In **Uruguay** (3,2 Millionen Einwohner) ergaben verschiedenste Reihentests z.B. unter 12.000 Arbeitnehmern des privaten und des öffentlichen Sektors zwischen 16 und 70 Jahren und unter schwangeren Frauen sehr niedrige Prävalenzraten zwischen 0,23 und 0,26%. Uruguay hat eine relativ „alte“ Bevölkerung mit vergleichsweise hohem Bildungsstand und ein europäisch geprägtes soziokulturelles Verständnis und Verhalten. Zudem haben Regierung und AIDS-Kommission seit 10 Jahren durch vielfältige Maßnahmen der Information und Prävention versucht, die Ausbreitung in den Griff zu bekommen. Nach Umfragen wissen 90% der Bevölkerung, wie HIV/AIDS übertragen wird und wie man sich dagegen schützen kann. Der Verkauf von Kondomen stieg zwischen 1995 und 1998 von 6 Millionen auf 15 Millionen. Allerdings gilt das risikobewusste Verhalten nicht für Homosexuelle, Transvestiten und Prostituierte, von denen bis zu 20% HIV positiv getestet wurden.

Paraguay (4,8 Millionen Einwohner), ein rückständiges Land mit dominant ländlicher Struktur, rangiert ebenfalls unter *concentrated epidemic*. Weder im Bericht von SIDALAC noch von MAP 2000 sind Angaben zur aktuellen Lage enthalten. 1994 wurde die durchschnittliche HIV/AIDS-Rate unter der erwachsenen Bevölkerung auf 0,1% geschätzt. Es ist davon auszugehen, dass die Prävalenz unter den Risikogruppen in Asunción weitaus höher ist.

In **Chile** ist die Epidemie nach Weltbankeinschätzung im Stadium des Ausbruchs. Die Ansteckungsrate ist niedrig; die Übertragung geschieht vor allem durch ungeschützten Sex zwischen Männern. Erst seit 1990 sind AIDS-Fälle in ländlichen Kommunen festgestellt worden.

Unter Schwangeren ergaben die Tests zwischen 1992 bis 1999 sehr niedrige Raten bis zu 0,1%. Das gilt selbst für Santiago, das als gefährdet eingestuft wird. Unter den Prostituierten stieg die Prävalenzrate 1999 bis auf 3%. Dass die konservativ geprägte Gesellschaft mit starkem Einfluss der Katholischen Kirche das Thema tendenziell tabuisieren könnte, ist an dieser Stelle nicht mehr als eine spekulative Vermutung.

Brasiliens Kampf gegen AIDS zeitigt erste Wirkungen

In Brasilien als dem bevölkerungsreichsten Land Südamerikas mit rund 169 Millionen Menschen und großer Heterogenität des Entwicklungsstandes, der Ressourcenausstattung, der Erschließung und der menschlichen Entwicklung im Lande selbst lebten Ende 1999 geschätzt 540.000 Menschen mit HIV/AIDS, davon 60% in Rio de Janeiro und São Paulo. Die Verbreitung ist regional sehr unterschiedlich. Durch die aktive Politik der Regierung (z.B. kostenlose antiretrovirale Behandlung) konnte die Sterberate bis 2000 deutlich gesenkt werden; 1995 war AIDS noch die zweithäufigste Todesursache bei Männern und Frauen zwischen 20 und 50 Jahren. Die Anstrengungen bei der Prävention scheinen allerdings entsprechend der Zahl der Neuinfektionen weniger erfolgreich.

In den 80er Jahren wurde HIV/AIDS überwiegend durch ungeschützten Sex zwischen Männern und durch Drogenkonsumenten übertragen. Seit Beginn der 90er Jahre breitet sich das Virus zunehmend durch ungeschützte heterosexuelle Beziehungen aus. 1994 begann die Regierung mit der systematischen Überwachung von schwangeren Frauen, Patienten mit infektiösen Geschlechtskrankheiten sowie Personen, die in die Notaufnahme von Kliniken kamen. Gemäß diesen Erhebungen variiert die Prävalenzrate unter Schwangeren (13 bis 24 Jahre) zwischen 1,7% im Südosten und 0,2% im Norden; bei Geschlechtskranken wurde eine Rate von 3,7% (Männer) bzw. 1,7% (Frauen) festgestellt. Von Patienten in der Notaufnahme waren zwischen 1,2% und 1,7% HIV positiv. Auch wenn der Kondomgebrauch zwischen Homosexuellen speziell in den großen Städten aufgrund der Präventionskampagnen zunimmt (1989 bis 1995: von 34 auf 69% der Befragten), ist die Rate der Neuinfektionen in Brasilien in dieser Randgruppe hoch: z.B. in São Paulo und Belo Horizonte zwischen 1994 und 1997 durchschnittlich 2% pro Jahr. Im rückständigen Nordosten ist das Aufklärungsniveau Besorgnis erregend niedrig. Selbst in Forta-

leza hatten fast 50% der befragten Männer mit sexuellen Beziehungen zu anderen Männern keine Mindestkenntnis über die mögliche Prävention gegen AIDS. Besonders problematisch ist, dass diese Männer nicht nur im Durchschnitt Beziehungen mit mehr als 10 verschiedenen Partnern hatten und rund 45% keine Kondome benutzten, sondern dass rund ein Viertel auch (meist ungeschützte) sexuelle Kontakte mit Frauen unterhielt. Dieses überlappende Risikoverhalten ist eine grundlegende Brücke für HIV/AIDS-Übertragung aus einer sehr gefährdeten Gruppe in heterosexuelle Subpopulationen, die normalerweise nur dem allgemeinen Ansteckungsrisiko ausgesetzt sind.

Drogensüchtige als besonders problematische Risikogruppe

HIV/AIDS breitet sich besonders schnell über intravenösen Drogenkonsum aus. Drogenkonsum ist in allen Ländern Lateinamerikas und der Karibik illegal; jegliche Präventions- bzw. Behandlungsprogramme sind mit Akzeptanzproblemen verbunden und politisch sehr sensibel. Prävention hat sehr geringe Erfolgsquoten, da das Risikobewusstsein und die soziale Verantwortung durch die Sucht außer Kraft gesetzt werden. Süchtige haben vielfach homo- und heterosexuelle Kontakte. Die Illegalität des Drogenkonsums erschwert rechtzeitige Vorsorge und Behandlung. Untersuchungen in Mexiko zwischen 1990 und 1997 unter rund 50.000 Männern und Frauen ergaben, dass nur 6% der Männer und weniger als 1% der Frauen zugaben, Drogen zu nehmen. Etwa 70% von ihnen teilte sich die Spritzen mit anderen Süchtigen, nur ein Drittel reinigte sie vor Gebrauch. Rund 6% der Befragten, die Drogenkonsum zugaben, wurden HIV positiv getestet. Meldungen über AIDS-Fälle lassen sowohl in Argentinien als auch in Uruguay die Drogenkonsumenten mit 40 bzw. 26% als das Epizentrum für die HIV/AIDS-Übertragung erscheinen. Bis vor kurzem benutzten noch bis 75% in Argentinien untereinander Spritzen und Nadeln, ohne sie zu reinigen. In Uruguay machten das über 40% der befragten Süchtigen; schätzungsweise 40% der Neugeborenen mit HIV/AIDS in diesem Land stammen von drogensüchtigen Frauen. Auch in Brasilien ist die Hälfte aller intravenösen Drogenkonsumenten HIV positiv, von denen wiederum mehr als 30% Spritzen mit anderen zusammen benutzen. HIV/AIDS kann in dieser Risikogruppe auf einem kontrollierten Niveau gehalten werden, wenn permanent Möglichkeiten zum Wechseln und Reinigen von Nadeln mit an-

deren Maßnahmen der Unterstützung und Behandlung kombiniert werden.

Jugendliche:

Aufklärung für sicheren Sex vordringlich

In Lateinamerika dominiert in Teilen der Bevölkerung weiterhin ein konservatives Ideal von Gesellschafts- und Sexualkultur. Sexuelle Enthaltsamkeit bis zur Ehe und ein lebenslanger Partner werden von Kirche und Familien favorisiert, und zwar entgegen den sich seit langem verbreitenden realen Praktiken. Mädchen und Jungen beginnen als Teenager oder früher mit zum Teil intensiven sexuellen Beziehungen, zeitweilig mit relativ häufig wechselnden Partnern. Gleichzeitig werden sie weder von der Familie noch von der Schule oder den Gesundheitsbehörden genügend aufgeklärt und mit Informationen und Präventionsmöglichkeiten versorgt. Sie gehen vielfach ein hohes Ansteckungsrisiko ein. In Honduras z.B. beginnen HIV positive Männer im Durchschnitt ihre sexuellen Beziehungen mit 14 Jahren, in Kolumbien mit 16 Jahren. Junge Mädchen mit älteren Partnern sind besonders ansteckungsgefährdet, da sie sich leichter unterordnen. Fünfmal so viele Mädchen zwischen 15 und 19 Jahren als Jungen waren z.B. in Trinidad und in Jamaika HIV positiv. Unter Schwangeren zwischen 15 und 19 Jahren waren 2,5% HIV positiv im Vergleich zu durchschnittlich 1,5% der Gesamtheit der Schwangeren zwischen 15 und 40 Jahren. Nicht nur gesundheitlich sondern auch sozioökonomisch bedeutet Frühschwangerschaft für die Mädchen eine gravierende Benachteiligung. In den letzten Jahren zeitigen Information und Beratung erste Früchte. Eine Erhebung unter rund 50.000 Schülern und Studenten in Mexiko ergab, dass mehr als 40% der jungen Männer und 36% der Frauen Kondome bei ihrer ersten sexuellen Beziehung benutzt haben. Ähnlich hoch war die Rate in Brasilien; sie stieg mit zunehmendem Bildungsstand bis auf 60%. Studien aus Brasilien und Peru dokumentieren, dass Verhaltensänderungen bei Jugendlichen vor allem durch Probleme im Umfeld erschwert werden:

- Tabuisierung des Themas,
- mangelhafter Zugang zu expliziter Information über Sex und Drogen, vielfach aufgrund der dominierenden religiösen Werte und Normen,
- vorherrschende Normen im eigenen Verhalten (z.B. sozialer Druck bei Jungen, mit sexuellen Beziehungen zu beginnen; Vorurteile über Mädchen, die Kondome benutzen wollen),

- gesetzliche Erfordernisse, wie z.B. die Eltern zu informieren, wenn Jugendliche Aufklärung oder konkrete Hilfe bei Gesundheitszentren anfordern,
- Druck auf die Gestaltung der Beziehungen (z.B. werden junge Mädchen zu sexuellen Aktivitäten gezwungen, oder sie beginnen damit aus ökonomischen Gründen),
- das soziale „Abseits“ der Homosexuellen in vielen Gesellschaften und die daraus erwachsenden Schwierigkeiten und Risiken im Zusammenhang mit HIV/AIDS.

Marginalisierung von Minoritäten und HIV/AIDS-Risiko

HIV/AIDS breitet sich tendenziell aufgrund der gesellschaftlichen Verwerfungen in marginalisierten Bevölkerungsteilen aus und lässt soziale Ungerechtigkeit und Hypokrisie besonders deutlich werden. Außer den dominierenden Gruppen mit hohem Risikoverhalten, die sich zum Teil überlappen, sind häufig auch ethnische Minderheiten besonders HIV/AIDS gefährdet. Über die Verkettungseffekte von niedrigerem Bildungs- und Gesundheitsstand, Job- und Einkommensproblemen werden sie an den Rand der Gesellschaft abgedrängt. Drogenhandel oder käuflicher Sex beiderlei Geschlechts, exzessiver Alkoholkonsum, schlechte Wohn- und Hygieneverhältnisse, geringe Kenntnisse über Risiko und Prävention lassen die Gefahr der Verbreitung von infektiösen Geschlechtskrankheiten und Tuberkulose sowie von HIV/AIDS in diesen Gruppen steigen. MAP 2000 unterstreicht, dass die Konzentration von HIV in ethnischen Minderheiten ein politisch sensibles Thema ist. Nur ganz wenige Länder (USA, Kanada) haben den Versuch gemacht, den Umfang der Konzentration und die Gründe dafür zu untersuchen. In den USA erbrachten Erhebungen, dass ethnische Minderheiten, wie z.B. Afroamerikaner trotz der massiven AIDS Kampagnen weniger bereit sind als Weiße, Kondome zu benutzen. MAP (2000: 31) schlussfolgert: *„This suggests the need to design prevention information and services that are culturally appropriate“*. Ungeschützter Sex ging bei weißen Teenagern zwischen 1988 und 1995 um 35% und bei schwarzen Teenagern um 15% zurück. Unter spanischsprachigen Teenagern war sogar eine Zunahme zu verzeichnen.

In Lateinamerika hat Honduras begonnen, die HIV/AIDS-Verbreitung unter den verschiedenen ethnischen Gruppen zu untersuchen. In einer Studie unter der schwarzen karibischen Minderheit wurde festgestellt, dass die HIV-Infektion in die-

ser Gruppe sechsmal so hoch ist wie der nationale Durchschnitt: 8,2% bei Männern und 8,5% bei Frauen. Unter Jugendlichen beiderlei Geschlechts bis 20 Jahren war die Prävalenzrate sogar rund 16%. Fast alle Befragten wussten über HIV/AIDS-Prävention Bescheid; 75% von ihnen benutzten aber selbst bei Prostituierten nur manchmal oder niemals Kondome.

Auch Häftlinge sind in mehrfacher Weise als empfangende oder übertragende Person des Virus einem besonders großen Risiko ausgesetzt. Die Prävalenzrate von HIV/AIDS ist hoch: z.B. in Honduras 6,8% verglichen mit 0,5% in der allgemeinen Bevölkerung. In Brasilien liegt die durchschnittliche Rate der landesweit rund 150.000 Häftlinge bei 15%. HIV wird intern vor allem im Zuge des Drogenkonsums sowie homosexueller Praktiken zwischen den Insassen übertragen. Die Übertragung nach draußen geschieht über entlassene Häftlinge oder über Partnerinnen, mit denen die Insassen während der Besuchszeiten sexuelle Kontakte haben dürfen. In den Gefängnissen im Bundesstaat von São Paulo ist man dazu übergegangen, 100.000 Kondome pro Monat an 36.000 Häftlinge zu verteilen. Das ist weitaus billiger und politisch vertretbarer als ein massives Einschleppen des Virus in die Familien.

Zu den marginalisierten Bevölkerungsteilen gehören auch die Migranten. Saisonale oder permanente Migration fördert aus vielfältigen Gründen (Illegalität, Verlassen des angestammten Lebensraumes und Trennung von der Familie, Verlust des sozialen Netzwerkes, kaum Zugang zum Gesundheitssystem, keine staatliche Überwachung) die Übertragungsgefahr von HIV/AIDS. Migration findet in Lateinamerika von ärmeren Ländern oder Gebieten zu den entwickelteren Ländern oder Gebieten statt: z.B. von Bolivien nach Chile und Argentinien, von Nicaragua nach Costa Rica, von Honduras und Guatemala nach Mexiko sowie von Mexiko in die USA. Die „Ruralisierung“ von HIV/AIDS in Mexiko dürfte ebenso wie die steigende Prävalenzrate bei Frauen in ländlichen Gegenden in Zusammenhang mit der Migration stehen.

HIV/AIDS fördert assoziierte Infektionsrisiken

HIV/AIDS hat sich in den 90er Jahren in der Karibik und zum Teil in Lateinamerika außerhalb der gesellschaftlichen Randgruppen in andere Bevölkerungsteile und bisher weitgehend infektionsfreie ländliche Gebiete ausgebreitet. Die Ansteckung steigt zum Teil durch den schnell zunehmenden Drogenkonsum sowie durch die verstärkte Infizierung von Frauen im allgemeinen

und das damit verbundene Mutter-Kind-Übertragungsrisiko. Tendenziell scheint sich zu bestätigen, dass einerseits das Durchschnittsalter der Randgruppen mit hohem Risikoverhalten immer niedriger und andererseits die sich infizierende „Klientel“ immer jünger wird. Mit wachsender Arbeitslosigkeit, sozialer Ausgrenzung und Verarmung von Teilen der Bevölkerung als Folge der neoliberalen Wirtschaftspolitik expandieren die einem größeren HIV/AIDS-Risiko ausgesetzten Aktivitäten (z.B. Jugendprostitution beiderlei Geschlechts). Die Öffnung der Länder für den Massentourismus (z.T. Sextourismus) wie z.B. in Mexiko, Teilen von Zentralamerika und der Karibik (speziell Dominikanische Republik und Kuba) sowie die Migrationsströme zwischen diesen Subregionen und Ländern bzw. in die USA und Europa verstärken das Risiko der Ausbreitung. Der Bildungs- und Ausbildungsstand von Frauen, die sich infizieren, ist häufig gering; ihre Jobmöglichkeiten sind begrenzt. Mit der Epidemie verringern sich ihre Chancen weiter und die Marginalisierung nimmt zu. Obwohl an HIV/AIDS mehr Menschen sterben als an anderen Infektionskrankheiten, zeigt die Statistik der Todesursachen der WHO, dass in einigen Teilen der Welt bisher an Malaria und Tuberkulose zusammen mehr Menschen als an AIDS sterben. Diese Tendenz hat sich in den letzten Jahren verstärkt; denn die Erreger sind mittlerweile gegen einen Teil der gängigen Antibiotika resistent. HIV positive Personen werden durch die Immunschwäche anfälliger gegenüber anderen Infektionskrankheiten und Tuberkulose. Das heißt, diese assoziierten Krankheiten sind durch HIV/AIDS auch in Lateinamerika und der Karibik wieder im Vormarsch. Das Gleiche gilt für die infektiösen Geschlechtskrankheiten. Der durchschnittliche Gesundheitszustand der Bevölkerung verschlechtert sich also direkt und indirekt in mehrfacher Weise durch HIV/AIDS.

Prävention mit begrenztem Erfolg

Die Präventionsprogramme haben in den karibischen und lateinamerikanischen Ländern bisher nur bedingt Erfolg gezeitigt. Sie greifen am besten, wo gleichzeitig die soziale Verwundbarkeit der Gruppen reduziert und das individuelle Risikoverhalten mittels umfassender Maßnahmen attackiert wird. Das Hauptproblem für die Akzeptanz dieser Kampagnen ist, dass ähnliches Sexualverhalten bzw. ähnliche Praktiken unterschiedliche Bedeutung für unterschiedliche Individuen in unterschiedlichem Kontext (sozial, wirtschaftlich, kulturell) haben. Die Länder können in der

Prävention zwar voneinander lernen, aber die große Heterogenität erfordert immer eine justierte Anpassung an die speziellen Umstände.

Trotz Fortschritten in den letzten Jahren fehlen gesicherte und differenzierte Kenntnisse über Sexualverhalten und Sexualpraktiken der Risikogruppen und besonders von den verwundbaren Subpopulationen. Eine Differenzierung nach Merkmalen, wie Geschlecht, Altersklassen und Einkommen, nach städtischen und ländlichen Gebieten, Bildungsniveau, ethnischer Zugehörigkeit u.a., existiert kaum. Derartige Daten sind aber eine Art Frühwarnsystem. Sie signalisieren, wo die Bemühungen um Aufklärung und Prävention verstärkt ansetzen müssen. Da ungeschützter Sex mit wechselnden oder zufälligen Partnern das Hauptrisiko darstellt, ist die Verwendung von Kondomen die wichtigste Präventionsmaßnahme. Aufklärung unter Homosexuellen stößt in den lateinamerikanischen Ländern aufgrund der Macho-Kultur auf besondere Probleme. Sexuelle Beziehungen zwischen Männern werden persönlich und in der Gesellschaft häufig „verleugnet“; zudem sind sie in einigen Ländern verboten. Das erschwert Aufklärung und Prävention außerordentlich. Fallstudien in den Ländern erbrachten, dass der Grad der Kondomverwendung von Land zu Land unterschiedlich ist. Männer benutzen mehr Kondome bei gelegentlichen Sexualkontakten als Frauen, jugendliche Erwachsene schützen sich eher mit Kondomen als ältere Personen. Zu berücksichtigen ist auch, dass bei Befragungen in Costa Rica, der Dominikanischen Republik und Chile mehr als 25% der Männer zwischen 15 und 49 Jahren angaben, während der letzten 12 Monate keinen Sex gehabt zu haben. Bei Frauen war der Anteil höher. In diesen drei Ländern sowie in Kuba ergaben die Erhebungen, dass 40 bis 60% der Jugendlichen zwischen 15 und 19 Jahren Sex mit wechselnden Partnern haben. Der Anteil verringert sich mit stabileren Lebensverhältnissen und Partnerschaften relativ stark auf zwischen 23 und 40%, bei Erwachsenen zwischen 30 und 39 Jahren auf etwa 12 bis 28%. Kuba und die Dominikanische Republik mit aktiverem und mit mehr Risiko behaftetem Sexualverhalten lagen jeweils am oberen Limit. Obwohl junge Leute – wie zu erwarten – mehr Partnerwechsel haben, war ihr AIDS-Risiko nicht größer; denn etwa 28% (Kuba), 37% (Chile), 50% (Dominikanische Republik) und 75% (Costa Rica) von ihnen benutzen Kondome. Der Kondomgebrauch stieg in allen vier Ländern mit zunehmendem Bildungsniveau. Jugendliche in Costa Rica benutzen dreimal so häufig Kondome wie Jugendliche in Kuba. In diesem zentralamerikanischen Land wurde das

Ansteckungsrisiko von sämtlichen Befragten als relativ gering erachtet trotz wechselnder PartnerInnen. Die sehr niedrige durchschnittliche Prävalenzrate von HIV/AIDS in der Bevölkerung scheint das zu bestätigen. Allerdings bleibt das Risiko einer plötzlichen und schnellen Ausbreitung bestehen.

Ein relativ hoher Stand der Aufklärung bedeutet nicht, dass der Partnerwechsel eingeschränkt wird oder dass Sex überwiegend mit Kondomen stattfindet. Mehrfache und aufwendige Präventionskampagnen können, müssen aber nicht das HIV/AIDS-Risiko drastisch verringern. Eine Studie aus Brasilien dokumentiert z.B., dass von rund Zweidritteln der Befragten beiderlei Geschlechts mit wechselnden bzw. gelegentlichen Partnern ein relativ hoher Anteil Kondome benutzte; 50% hatten es in den letzten fünf Jahren zum ersten Mal getan. Frauen haben in Brasilien im Verlaufe der letzten Dekade allmählich den aktiven Part in der Kondomprävention übernommen, was auch für andere Länder gelten könnte. Die Aufklärungsprogramme zeigen Wirkung. Das spiegelt sich auch im Verkauf von Kondomen wider: Er nahm in Brasilien von 2,9 Millionen 1992 auf 269 Millionen 1997 zu. Eine ähnlich positive Wirkung hatte eine Kampagne an der (besonders gefährdeten) Karibikküste von Nicaragua zwischen 1991 und 1997: der Kondomgebrauch stieg von 35% (1991) auf 55% (1994) und 71% im Jahre 1997 bei Personen, die mit mehr als einer Person sexuelle Beziehungen hatten. Uruguays Kampagnen hatten zur Folge, dass der Kondomverbrauch zwischen 1995 und 1998 von 6 Millionen auf 15 Millionen anwuchs. Die Fortschritte in der Wirkung der Prävention bei Prostituierten sind vor allem in Ländern mit vergleichsweise hohem durchschnittlichen Einkommen zu verzeichnen: Deutlich größere Aufklärungsanstrengungen werden mit stärkerer Verhaltensänderung beantwortet. Fragt man nach den Gründen, warum im Zeitalter von AIDS noch immer ungeschützter Sex mit wechselnden Partnern, zum Teil mit Prostituierten, so weit verbreitet ist, dann können als Hauptgründe genannt werden:

- Zu wenig Kenntnisse (z.T. Analphabetismus) und zu wenig Aufklärung, um das hohe Risiko einschätzen zu können.
- Man hat Vertrauen in die Partner; „man kennt sich“ (z.B. privates Wachpersonal und Dienstboten).
- „Nachkommenschaft“ wird nicht als Belastung angesehen.
- Kondome sind, wenn sie benötigt werden, gerade nicht verfügbar bzw. nicht bezahlbar.

Das gilt besonders für arme und abgelegene Gebiete.

- Männer lehnen häufig die Verwendung von Kondomen ab.
- Prostituierte haben Angst, durch Kondomgebrauch Kunden zu verlieren.
- „Macht der Gewohnheit“: je geringer der Bildungsstand und je ärmer die Familienverhältnisse, um so schwerer sind Verhaltensweisen zu verändern.
- Verhaltensveränderung erfordert Aufklärung über einen langen Zeitraum und vielfach flankierende Maßnahmen.

Hinsichtlich der Aufklärung über HIV/AIDS am Arbeitsplatz und in Zusammenarbeit mit den Unternehmen ist so gut wie nichts publiziert. Es ist zu vermuten, dass sie in Lateinamerika und der Karibik erst am Anfang steht. Das dürfte auch für die vielen Unternehmen der Veredelungsindustrie (*maquila*) in Zentralamerika und der Karibik gelten, in denen vor allem Frauen arbeiten. Ob und in welcher Form sich HIV/AIDS in der *maquila* von Haiti, Mexiko oder der Dominikanischen Republik bemerkbar macht und ob die Firmen präventive Untersuchungen und Aufklärung durchführen, kann anhand des vorliegenden Materials nicht gesagt werden. Es ist zu vermuten, dass das „Heer der Beschäftigungslosen“ noch so groß ist, dass von der Mehrzahl der Unternehmen kaum eine Notwendigkeit dafür gesehen wird. Aus einer Studie in der Dominikanischen Republik über HIV-Übertragung im Kontext von Sex-tourismus geht hervor, dass viele Touristen beiderlei Geschlechts in sexuelle Kontakte mit Prostituierten und Strichjungen sowie Hotelpersonal involviert sind. Das bedeutet für beide Parteien ein hohes Ansteckungsrisiko. Die Durchführung von Präventionskampagnen würde von den Touristen als positiv angesehen.

Einbeziehung der lokalen Ebene, Partizipation und Gesundheitsreform

Da Verhaltensänderung durch eine Vielzahl von Institutionen und Kanäle des Gesundheitswesens gestützt wird, ist die Mobilisierung und Beteiligung der *Community* bzw. der lokalen Ebene von entscheidender Bedeutung. Ferner spielt sie eine wichtige Rolle in der Förderung und dem Schutz der Menschenrechte von schon Infizierten; denn die Diskriminierung und Stigmatisierung sind mit mehr Kenntnissen und Technologie über die Krankheit nicht verschwunden, sondern zum Teil größer geworden. Partizipation der *Community* ist grundlegend für eine nachhaltige Prävention

auf lokaler Ebene. Denn sowohl Information wie Prävention und *Follow up* müssen auf die Mitglieder und die Besonderheiten ihrer *Community* zugeschnitten sein. Die Akzeptanz wird am ehesten durch die Beteiligung der lokalen Bevölkerung und ihrer Führer an den Maßnahmen erreicht. Wie die Erfahrungen dokumentieren, ist die einseitige Konzentration der HIV/AIDS-Prävention und -Bekämpfung auf die nationale Ebene nicht nur ineffektiv, sondern auch kontraproduktiv. Der Wille und die Entscheidung der obersten politischen Führung, Anti-AIDS Kampagnen zu organisieren, zu finanzieren und zu überwachen, dazu die Behandlung der AIDS Patienten, sind nationale Angelegenheiten. Die lokalen Behörden, die Zivilgesellschaft und – soweit möglich – die Betroffenen sind für eine schnelle und adäquate Umsetzung und die Vielzahl ergänzender Maßnahmen einzubeziehen.

Die Mehrzahl der lateinamerikanischen und karibischen Länder hat seit Mitte der 80er Jahre begonnen, das alte Sozialversicherungs- und Gesundheitssystem zum Teil durch private und dezentralisierte, dem Wettbewerb unterliegende Strukturen zu ersetzen. Derzeit existiert ein gemischtes System; die Gesundheitsausgaben betragen zwischen 3 und 9% des Bruttoinlandsproduktes; 60% der Kosten werden vom Staat getragen. Die Beschäftigten des formellen Sektors sind vom Sozialversicherungssystem abgedeckt. Die Armen und ein Teil der Mittelklasse nutzen die staatlichen Einrichtungen der Gesundheitsfürsorge; Krankenhäuser und Gesundheitszentren bieten eingeschränkte Leistungen niedriger Qualität an. Rund 20% der Bevölkerung haben keinen Zugang zum Gesundheitssystem. Die seit Ende der 80er Jahre steigenden Kosten für HIV/AIDS, für die wieder verstärkt auftretenden Infektionskrankheiten sowie für Tuberkulose und Malaria führen dazu, dass die Budgets für den Gesundheitssektor vor allem der armen Länder nicht ausreichen, um die Vorsorge und Behandlung von HIV/AIDS-Personen zu garantieren. Ziel der Reform des Gesundheitswesens war, die Qualität der Vorsorge und der Behandlung zu verbessern und allmählich den Zugang für die gesamte Bevölkerung zu erreichen. Tatsache ist, dass z.B. die Abdeckung von HIV/AIDS durch die privaten Versicherungen wesentlich geringer ist als durch das staatliche System.

Hohe Belastung des Staatshaushalts durch HIV/AIDS

Die Mehrzahl der Länder versucht, egal zu welchem System die Betroffenen gehören, die seit

1995 existierende antiretrovirale Dreifachtherapie für alle AIDS-Patienten durch eine spezielle Budgetfinanzierung zu sichern. Je nach Medikamentenzusammensetzung kostet die Behandlung pro Kopf im Durchschnitt bis zu etwa US\$ 10.000 plus der Kosten für die Diagnose, die Kontrolle des Verlaufs der Infektion und die Anpassung der Medikamente und ihrer Dosierung. Brasilien konnte durch seine aggressive Import- und Herstellungspolitik 1999 die Ausgaben für die dreifache Kombination auf US\$ 5.644 pro Patient, für die zweifache Kombination auf US\$ 1.412 senken. Es ist davon auszugehen, dass sich die Kosten pro Medikamenteneinheit weiter verringern lassen. Zwischen 1996 und 1999 hatten sich die Preise durch „Importrabatte“ der Firmen und lokale Produktion in Brasilien je nach Medikament z.B. halbiert bzw. auf ein Zehntel verringert. Brasilien ist aufgrund der Herstellung von Generika (z.T. in staatlichen Labors) in permanentem Konflikt (Bruch der Patentgesetzgebung) mit den Arzneimittelherstellern. Es übt mittels der Drohung von Eigenherstellung Druck auf die Konzerne aus, die Preise für alle Länder zu senken bzw. nach Finanzkraft zu staffeln. Der Zugang zu bezahlbaren Medikamenten ist für die Länder einen Schritt näher gerückt, seit im März 2001 die von 39 Konzernen eingereichte Klage gegen Südafrika, das Generika aus Brasilien importieren will, auf internationalen Druck zurückgenommen wurde.

Für Brasilien liegen relativ aktualisierte Kostenschätzungen vor. Für die AIDS Therapie wurden 1999 rund US\$ 345 Millionen ausgegeben: rund 80% mehr als ein Jahr zuvor und 2,5 mal mehr als 1997. Man geht davon aus, dass rund 146.000 Krankenhausaufenthalte (für im Zusammenhang mit AIDS stehende Krankheiten wie Tuberkulose) vermieden werden konnten. Diese hätten US\$ 521 Millionen gekostet. Die Zahl der Krankenhaustage von AIDS-Patienten hat sich ebenfalls durch die Behandlung von 38 Tagen (1995) auf 20 Tage (1997) verringert. Die Zahl der AIDS-Toten ist in São Paulo von 2.949 (1994) auf 1.547 (1997) zurückgegangen. Uruguay hat die Behandlung mit zweifacher bzw. dreifacher Kombination von 120 Patienten (1996) auf 883 (1998) erhöhen können. Die Krankenhausaufenthalte haben sich dadurch um rund 70% verringert.

In Argentinien, Brasilien, Kolumbien, Costa Rica und Uruguay haben alle AIDS-Patienten per Gesetz Anspruch auf antiretrovirale Therapie; die Durchsetzung ist allerdings noch „Patchwork“ (MAP 2000). In Mexiko haben bisher nur an AIDS-Erkrankte, die Mitglied in der Sozialversi-

cherung oder in einer privaten Versicherung sind, Zugang zu antiretroviraler Therapie. Es wird geschätzt, dass Ende 1997 mehr als 55% der 20.000 Personen mit AIDS in Mexiko keinen Zugang hatten. In einer gemeinsamen Aktion von Pharmaunternehmen, NROs und akademischen Institutionen wurde FONSIDA gegründet. Dieser Fonds finanziert derzeit für alle Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren sowie für Schwangere, sofern sie keine Deckung durch das Gesundheitssystem haben, die Therapie. In Venezuela sieht das staatliche Gesundheitssystem diese Therapie bisher nicht vor; mit Spenden und NRO-Finanzierung wird ein Teil der Patienten behandelt. Auch in den restlichen Ländern werden Therapien für einen Teil der Kranken – häufig zu Lasten der Prävention – finanziert. Die Einrichtung eines Fonds durch die UNO ist äußerst wichtig, um die armen und am meisten betroffenen Länder, wie z.B. Honduras, Guatemala, Haiti und die Dominikanische Republik, bei der Finanzierung von Behandlung und Prävention zu unterstützen.

Der Schwerpunkt der Vorsorge und Behandlung muss in allen Ländern bei den Schwangeren liegen, um die Entwicklungschancen der nächsten Generation zu verbessern. Rund ein Drittel der Frauen überträgt den Virus vor oder während der Geburt oder mit der Muttermilch. Wird das Stillen ersetzt, kann das Übertragungsrisiko entscheidend vermindert werden. Antiretrovirale Therapie im letzten Monat der Schwangerschaft kann das Risiko auf weniger als 1 zu 10 für Neugeborene senken. Das bedeutet aber, dass die Frauen getestet werden. Sie müssen vor der Geburt Kontakt mit einer Klinik bzw. einem Gesundheitszentrum haben und den Test akzeptieren. Die Durchführung von Kampagnen und Beratung ist dringend geboten; denn die vertikale Übertragungsgefahr von Mutter zu Kind ist wenig bekannt, der Weg über die Muttermilch fast unbekannt. Der Prozentsatz der Schwangeren, der Geburtsvorsorge und Klinikentbindung in Lateinamerika und der Karibik in Anspruch nimmt, ist von Land zu Land sowie in den Ländern selbst unterschiedlich. Er ist aber im Durchschnitt relativ hoch (z.B. 75% in der Karibik). Haiti bildet eine Ausnahme: Nur 70% erhalten Geburtsvorsorge und nur 20% entbinden in der Klinik. In Mexiko und Guatemala liegt die Geburtsvorsorge in einigen Gebieten bei unter 60%. Staaten wie die Bahamas, die diese Prävention und Behandlung für Schwangere schon angewendet haben, konnten die Rate der Übertragung in einem ersten Schritt von 28 auf 12% und damit auf mehr als die Hälfte senken. Uruguay wartet mit einem

ähnlichen Erfolg von 28 auf 8% in zwei Jahren auf. Die Kosten werden derzeit auf rund US\$ 6.300 pro Fall geschätzt.

Die Herausforderungen nehmen zu

Zusammenfassend lassen sich als wichtigste Herausforderungen für die zukünftige Kontrolle oder sogar Bewältigung der HIV/AIDS-Krise in Lateinamerika und der Karibik festhalten:

- Entwicklung eines einheitlichen standardisierten Systems (einschließlich Indikatoren) für eine laufende und zeitnahe Überwachung und Projektion von HIV/AIDS und dessen Implementierung auf Länderbasis. Hier ist SIDALAC (*Iniciativa Regional sobre SIDA para América Latina y El Caribe*), 1995 mit Hilfe der Weltbank als regionales Organ für die Prävention und Kontrolle in Lateinamerika und der Karibik gegründet, aufgerufen, die Führerschaft zu übernehmen; um internationale Vergleichbarkeit zu sichern, in Koordination mit UNAIDS und der WHO.
- Verstärkung der Erforschung und Verhaltensüberwachung, speziell von Risikogruppen und leicht verwundbaren Teilen der Bevölkerung.
- Mehr und adäquate Prävention für die traditionellen Risikogruppen, da die Mehrzahl der Länder noch einen auf Gruppen konzentrierten Epidemiestand haben.
- Einführung von Präventionsprogrammen für marginalisierte und leicht verwundbare Bevölkerungsteile, die bisher vernachlässigt wurden; Erhebung von Informationen, um sie bedürfnisgerecht und entsprechend der Idiosynkrasie entwickeln zu können.
- Möglichst schnelle und umfassende Ausdehnung der antiretroviralen dreifachen Therapie auf alle AIDS-Kranken und koordinierter Druck auf die Preisgestaltung der Pharmaunternehmen, um die Kosten zu senken; Förderung der Herstellung von Generika und Verstärkung der Forschung für einen Impfstoff.
- Verstärkung der Kooperation und der Netzwerke in beiden Subregionen zwischen dem privaten und dem staatlichen Sektor sowie auf lateinamerikanisch-karibischer Ebene.
- Sicherung eines der jeweiligen Lage angemessenen Verhältnisses zwischen der Finanzierung von Prävention/Überwachung sowie Therapie bei gleichzeitiger Einwerbung internationaler Finanzmittel für die besonders betroffenen und entwicklungsschwachen Länder.

- Wahrung der staatlichen Funktionen im Gesundheitswesen, vor allem der Überwachung, im Zuge der Privatisierung und Dezentralisierung des Sektors.
- Stärkung der Beteiligung der lokalen Ebene und der Betroffenen, um die Diskriminierung und Stigmatisierung zu mildern.
- Stärkere Einbeziehung der Unternehmen, Familien und Schulen in die präventiven und zum Teil in die kurativen Maßnahmenpakete.

Quellenangaben:

- FAO: The impact of HIV/AIDS on food security (www.fao.org/docrep)
- José Antonio Izazola-Licea (Ed.): AIDS in Latin America and the Caribbean: a multidisciplinary view. Mexican Health Foundation/SIDALAC/UNAIDS, Mexico 1998 (Beiträge über epidemiologische, soziale und wirtschaftliche Aspekte; Gesundheitsreform (www.sidalac.org.mx/principal))
- : Cuentas nacionales in VIH/SIDA 1997-1998. FUNSALUD/SIDALAC/ONUSIDA/ILAPP, Mexico 2000 (www.sidalac.org.mx/principal)
- MAP/UNAIDS WHO/PAHO: HIV and AIDS in the Americas: An Epidemic with Many Faces, Provisional Report, November 2000 (www.unaids.org/)
- ONUSIDA: La pandemia del SIDA, in: D+C, 2/2000.
- UN: General Assembly Plenary, Twenty-sixth Special Session, 25-27 June 2001 (www.un.org/News; www.uno.de/wiso)
- UNAIDS: Progress Report 1996-1997 (www.unaids.org/)
- UNAIDS/WHO: Die AIDS Epidemie. Status-Bericht: Dezember 2000, Genf
- UNAIDS/PAHO/WHO: Epidemiological Fact Sheets on HIV/AIDS and Sexually Transmitted Infections, 2000 Update (www.unaids.org/)
- Tageszeitungen: La Razón/Bolivien, El Nacional/Venezuela, La Tercera/Chile, El Comercio/Lima

Autorinnennotiz: Mechthild Minkner-Bünjer, Dipl.Kfm. Dipl.Hdl., ist ehemalige Mitarbeiterin am Institut für Iberoamerika-Kunde. Regionale Schwerpunkte: Andenländer und Zentralamerika. Thematische Schwerpunkte: Wirtschaft und Wirtschaftspolitik, Entwicklungspolitik der Länder, Dezentralisierung, Beschäftigungspolitik und Armutsbekämpfung. E-Mail: minkner@public.uni-hamburg.de

Impressum: BRENNPUNKT LATEINAMERIKA erscheint zweimal im Monat und wird vom Institut für Iberoamerika-Kunde (IIK) in Hamburg herausgegeben. Das IIK bildet zusammen mit dem Institut für Allgemeine Überseeforschung, dem Institut für Asienkunde, dem Institut für Afrika-Kunde und dem Deutschen Orient-Institut den Verbund der Stiftung Deutsches Übersee-Institut. Aufgabe des IIK ist die gegenwartsbezogene Beobachtung und wissenschaftliche Untersuchung der politischen, wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Entwicklungen in Lateinamerika. Das Institut ist bemüht, in seinen Publikationen verschiedene Meinungen zu Wort kommen zu lassen, die jedoch grundsätzlich die Auffassung des/der jeweiligen Autors/Autorin und nicht unbedingt die des Instituts darstellen.

Redaktion: Detlef Nolte; Textverarbeitung: Ilse Heinbokel.

Bezugsbedingungen: DM 120,- p.a. (für Unternehmen und öffentliche Institutionen); DM 90,- (für Privatpersonen und Nichtregierungsorganisationen); DM 60,- (für Studierende und Erwerbslose). Für den Postversand wird ein zusätzlicher Betrag von DM 30,- erhoben. Einzelausgaben kosten DM 6,00 (für Studierende DM 4,00). BRENNPUNKT LATEINAMERIKA kann auch zum Abopreis per E-Mail bezogen werden.

INSTITUT FÜR IBEROAMERIKA-KUNDE

Alsterglaciis 8 · D-20354 Hamburg · Tel: 040 / 41 47 82 01 · Fax: 040 / 41 47 82 41

E-mail: iikh@uni-hamburg.de · Internet: <http://www.rrz.uni-hamburg.de/IIK>

Lateinamerika

Analysen

Daten

Dokumentation

Nr. 44:

Zentralamerika am Beginn des neuen Jahrtausends – vermeintlicher oder realer Wandel?

Die Gesellschaften Zentralamerikas haben in den vergangenen 20 Jahren tiefgreifende Veränderungsprozesse erlebt. Erstmals in der Geschichte des Isthmus sitzen in allen Ländern gewählte Regierungen in den Präsidentenpalästen, die sich zumindest rhetorisch zur wirtschaftlichen, politischen und sozialen Partizipation der über Jahrzehnte und Jahrhunderte marginalisierten Bevölkerungsmehrheiten bekennen. Die internen Kriege sind am Verhandlungstisch beendet worden. Die Guerilleros von einst haben ihre Waffen abgelegt, zumindest die Anführer haben in der Politik ein neues Betätigungsfeld gefunden.

Aber Friedensverträge allein lösen kein einziges der den Konflikten zugrunde liegenden Probleme. Der eigentliche Friedensprozess fängt mit der Unterzeichnung der Abkommen erst an. Zumindest theoretisch bieten die Verträge Spielraum für eine grundlegende Veränderung der Gesellschaften. In der Umsetzungspraxis der vergangenen Jahre hat sich jedoch erwiesen, dass die beharrenden und am Status quo orientierten Kräfte weiterhin sehr stark sind. Die grundlegenden Konfliktursachen bestehen nach wie vor: Die Mehrheit der Bevölkerung lebt unterhalb der Armutsgrenze. Die Politik wird durch Personalismus und Klientelismus dominiert, die alten faktischen Mächte wie beispielsweise das Militär können durch ihre Vetomacht immer noch umfassende Gesellschaftsreformen verhindern.

An der Jahrtausendwende befindet sich Zentralamerika an einem Wendepunkt. Während sich die alten Strukturen in zunehmendem Maß auflösen, haben sich noch keine neuen tragfähigen Strukturen in Politik, Wirtschaft und Gesellschaft entwickelt. Verschiedene regionale und internationale Akteure haben Chance und Gefahr dieser Situation in den vergangenen Jahren erkannt und begonnen Strategien für eine nachhaltige Entwicklung der Region zu entwerfen. Während EU und USA in den 1980er Jahren konkurrierende Vorstellungen zu den Prioritäten in der Entwicklungszusammenarbeit mit Zentralamerika vertraten, versuchen sie zur Jahrtausendwende eine gemeinsame Perspektive zu entwickeln. Davon kann Zentralamerika nur profitieren.

Das vorliegende Heft will einen Beitrag zu dieser Diskussion leisten. Allerdings sollen nicht einmal mehr grundlegende Probleme und Entwicklungsperspektiven analysiert werden. Der Schwerpunkt der Beiträge liegt vielmehr auf der Frage der Ambivalenzen und Widersprüche der Entwicklungen in Zentralamerika.

Aus dem Inhalt: Luis Guillermo Solís: **Der politische Wandel und die zentralamerikanische Integration: Chance oder Raub der Illusionen?** / Sabine Kurtenbach: **Der Wandel der zentralamerikanischen Staaten – zwischen Partikularinteressen und Allgemeinwohlverpflichtung** / Mechthild Minkner-Bünjer: **Zentralamerikas wirtschaftliche Entwicklung: Bilanz und Herausforderung angesichts der Globalisierung** / Peter Fischer-Bollin: **Vom Bürgerkrieg zur Demokratie: Die schwierige Demokratisierung in Zentralamerika** / Frank Garbers und Meike Heckt: **Die soziale Konstruktion der Maya: *Comunidad*, Ethnizität und neue politische Akteure im Guatemala des 20. Jahrhunderts** / Rezensionen, Übersichten, Auswahlbibliographie, Dokumente

Institut für Iberoamerika-Kunde, Alsterglaci 8, 20354 Hamburg

Tel. 040 / 41 47 82 27 – Fax 040 41 47 82 – 41 E-Mail: publications@public.uni-hamburg.de